



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE POST-GRADO**

**Utilidad de la endoscopia control en el manejo del  
sangrado digestivo por úlcera péptica**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Gastroenterología

**AUTOR**

**Edgar Eduardo Alva Alva**

LIMA – PERÚ  
2010

## **INDICE**

<b>I.- RESUMEN .....</b>	<b>2</b>
<b>II.- INTRODUCCION.....</b>	<b>4</b>
<b>III.- MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>6</b>
<b>IV.- MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>10</b>
<b>V.- RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>VI.- DISCUSIÓN.....</b>	<b>20</b>
<b>VII.- CONCLUSIONES.....</b>	<b>23</b>
<b>VIII.- AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>24</b>
<b>IX.- BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>25</b>
<b>X.- ANEXOS.....</b>	<b>30</b>

## **I.- RESUMEN**

### **“UTILIDAD DE LA ENDOSCOPIA CONTROL EN EL MANEJO DEL SANGRADO DIGESTIVO POR ÚLCERA PÉPTICA”**

**AUTOR:** Dr. ALVA ALVA, EDGAR EDUARDO.

**ASESOR:** Dr. VELASQUEZ CHAMOCHUMBI, HERMES.

La úlcera péptica es la causa más frecuente de sangrado digestivo alto, causando cerca del 60% de todos los casos. El sangrado activo puede ser controlado y tratado en la gran mayoría de los casos usando diversas modalidades endoscópicas, sin embargo el sangrado recurre en 10 a 25 % de los casos. El beneficio de una endoscopia de control, también llamada endoscopia “second-look”, luego de una primera intervención es controversial.

**Objetivo:** Determinar la utilidad de la endoscopia de control en el manejo de pacientes con sangrado digestivo alto por úlcera péptica en pacientes admitidos a la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

**Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional de los pacientes admitidos por sangrado digestivo por úlcera péptica a quienes se les realizó una primera terapia endoscópica y un control endoscópico dentro de las 24 hs posteriores. Se estudiaron factores epidemiológicos, clínicos y endoscópicos relacionados a necesidad de una segunda terapia endoscópica.

**Resultados:** Se incluyeron a 44 pacientes de los cuales 10 (22.7%) requirieron segunda terapia en la endoscopia de control. Los factores epidemiológicos que más se asociaron a segunda terapia endoscópica fueron la edad mayor o igual a 60 años (27.6%), el sexo masculino (26.7%), el antecedente de úlcera péptica

(33,3%), la diabetes mellitus (50%) y la insuficiencia renal crónica (50%). En cuanto a los factores clínicos encontramos que los se asocian con necesidad de segunda terapia endoscópica la hematemesis roja (42.9%), hematoquezia (100%), hemoglobina menor o igual a 8 mg/dL (31.6%). Los factores endoscópicos asociados: úlcera de 20 mm o mas (25%), úlcera duodenal (20%), Forrest Ia (50%), Forrest Ib (31,6%), Forrest IIa (37,6%). La terapia combinada (inyectoterapia mas termocoagulación) fue la mas usada (72,7%). Los pacientes con edad mayor de 60 años, sexo masculino y consumo de aines o antecedente de úlcera péptica, se asocian a necesidad de segunda terapia endoscópica en un 50 % y 57.1% respectivamente (  $p=0.037$ ).

**Conclusión:** La endoscopia de control fue útil en el 22,7% de los pacientes siendo los pacientes mayores de 60 años, los de sexo masculino, antecedente de úlcera péptica, consumo de aines, hematemesis roja, hematoquezia, hemoglobina menor de 8 mg/dl, úlcera mayor de 20 mm y con forrest Ia o Ib los mas beneficiados.

**Palabras clave:** úlcera péptica, endoscopia control, second look.

## II.- INTRODUCCION

La úlcera péptica es la causa más frecuente de sangrado digestivo alto, causando cerca del 60% de todos los casos (1). El sangrado activo puede ser controlado y tratado en la gran mayoría de los casos usando diversas modalidades endoscópicas, sin embargo el sangrado recurre en 10 a 25 % de los casos (2,3); de los cuales 68% son personas sobre los 60 años y 27% sobre los 80. El 7 a 10% de los pacientes fallecen, y la mayoría de ellos son adultos mayores y con comorbilidades asociadas (4).

La hemostasia se consigue en más del 90% de los casos con terapia endoscópica (inyectoterapia, termocoagulación o hemostasia mecánica), sin embargo hasta un 25% de pacientes resangran. El realizar en todos los pacientes una endoscopia de control, también llamada endoscopia “second-look”, luego de una primera intervención es aún controversial dado que la tasa de resangrado se reduce en 6 % pero la necesidad de cirugía y la mortalidad no se modifican (3). Los pacientes deberían ser seleccionados y sólo realizarse endoscopia control a aquellos con mayor riesgo de resangrado. (5,6,7)

Marmo et al (8) en un meta-análisis de cuatro estudios comparando el uso sistemático de endoscopia control con retratamiento frente al tratamiento expectante, que el riesgo de resangrado se reducía en 6,2% con la endoscopia control, pero la reducción de riesgo para cirugía y mortalidad era insignificante. El uso selectivo de endoscopia control con retratamiento sólo ha sido avalado por un ensayo clínico que incluía solo úlceras Forrest I y IIa. (5)

El hospital Edgardo Rebagliati Martins- EsSALUD, cuenta con una unidad de hemorragia digestiva, la misma que es de referencia para toda Lima metropolitana y el interior del país.

La unidad de hemorragia digestiva (UHD), creada en el año 1994 funciona como una unidad de cuidados intermedios las 24 horas durante todo el año. Maneja aproximadamente 700 pacientes anuales exclusivamente con hemorragia digestiva (de los cuales aproximadamente el 45% corresponden a hemorragia por úlcera péptica) disponiendo de equipos y personal entrenados en el manejo de los pacientes sangrantes.

### **III.- Marco Teórico**

La hemorragia digestiva alta se define como el sangrado proximal al ligamento de Treitz y es una entidad clínicamente importante y frecuente en todo el mundo (9). La tasa anual de hospitalizaciones por hemorragia digestiva alta en los Estados Unidos se estima en 160 ingresos hospitalarios por 100,000 habitantes, lo que se traduce en más de 400,000 por año (10). Hasta el 90% de los episodios de hemorragia digestiva alta son de causa no variceal con la úlcera péptica gástrica y duodenal en primer lugar (11). La incidencia de sangrado digestivo alto por úlcera péptica se estima en 60 por 100,000 habitantes la gran mayoría de ellos relacionados al consumo de aspirina y antiinflamatorios no esteroideos (12). Por otro lado, el sangrado por úlcera péptica es más frecuente en las personas de edad avanzada, con el 68% de los pacientes sobre 60 años de edad y 27% de más de 80 años (13). El 80% de las hemorragias digestivas altas se detienen espontáneamente. En el restante 20% la hemorragia no se detiene o se hace recurrente, incrementando en este grupo la morbilidad y mortalidad (4). La mortalidad asociada a la hemorragia digestiva por úlcera péptica es de hasta 10% (9,11)

Se dispone de scores de estratificación de riesgos, los cuales incorporan parámetros tanto clínicos como endoscópicos, y son de mucha ayuda tanto para definir la necesidad de una intervención terapéutica de urgencia, como para predecir resangrado. En nuestro medio los más usados son la clasificación endoscópica de Forrest, y los scores de Rockall y Blatchford (14).

El score de Blatchford es una escala de estratificación de riesgo basada en parámetros clínicos y laboratoriales va del 0 al 23 siendo el 23 el mayor

riesgo y es útil para predecir la necesidad de intervención médica (15). El score de Rockall hace uso de criterios clínicos y endoscópicos para predecir el riesgo de resangrado y mortalidad, la escala va de 0 a 11 puntos, indicando una puntuación más alta un riesgo más alto (16). La clínica y los scores de Rockall Blatchford son herramientas útiles de pronóstico en pacientes con hemorragia digestiva alta, ya que los dos instrumentos han seleccionado características comunes, incluyendo la determinación del estado hemodinámico del paciente y la coexistencia de enfermedades, y pueden reducir la necesidad de evaluación endoscópica urgente en los pacientes que se consideran de bajo riesgo (17,18).

El aspecto endoscópico de la úlcera puede ser utilizado para predecir el riesgo de resangrado sobre la base de la clasificación de Forrest, que va de Ia a III. Las lesiones de alto riesgo se caracterizan por puntos de sangrado activo (grado Ia) o sangrado rezumante (grado Ib), un vaso visible no sangrante descrito como una protuberancia pigmentada (grado IIa) o un coágulo adherido (grado IIb). De bajo riesgo son las lesiones planas, manchas pigmentadas (grado IIc) y las úlceras de base limpia (grado III) (19,20,21). Asimismo la presencia de shock, hematemesis roja, edad mayor de 60 años, requerimiento transfusional de 4 o más unidades de sangre y el tamaño de la úlcera mayor de 2 cm., son factores que incrementan la probabilidad de recurrencia de hemorragia después de este procedimiento endoscópico (14).

En el manejo del sangrado digestivo por úlcera péptica se incluye terapia farmacológica y terapia endoscópica. Dentro de la terapia farmacológica se usa inhibidores de la secreción ácida gástrica como los fármacos antagonistas de receptor H<sub>2</sub>, y los inhibidores de bomba de protones (3).



La terapia endoscópica se puede subdividir en inyectoterapia, coagulación térmica (probeta caliente, argon plasma) y hemostasia mecánica (hemoclips), las cuales han demostrado ser superiores a la terapia conservadora en pacientes de alto riesgo y con estigmas de hemorragia reciente en la endoscopia (22,23).

Dado que la hemostasia se consigue en más del 90% de los casos con cualquiera de los métodos endoscópicos antes mencionados, la pregunta no es si ofrecer hemostasia endoscópica, sino cuál es el mejor manejo después de conseguir la hemostasia. El realizar una endoscopia de control con retratamiento aun es controversial. Las investigaciones previas sobre este punto son contradictorias. (24,25,26)

## **Formulación del problema**

¿Es de utilidad realizar una endoscopia de control en pacientes con sangrado digestivo alto por úlcera péptica que requirieron terapia endoscópica en la Unidad de Hemorragia digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?

## **Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

- Determinar la utilidad de la endoscopia de control en el manejo de pacientes con sangrado digestivo alto por úlcera péptica.

### **Objetivos específicos**

- Determinar en qué pacientes con sangrado digestivo por úlcera péptica y que requirieron terapia endoscópica es útil realizar una endoscopia de control.
- Evaluar la eficacia de la terapia endoscópica practicada en pacientes admitidos por sangrado digestivo alto por úlcera péptica en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

#### **IV.- MATERIAL Y METODOS**

El presente es un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, observacional y longitudinal en pacientes admitidos a la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins debido a hemorragia digestiva por úlcera péptica, durante el período de 1 de agosto del 2008 al 31 de enero del 2009.

La muestra estuvo constituida por todos los pacientes admitidos a la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins con diagnóstico de sangrado digestivo por úlcera péptica y que cumplieron con todos los criterios de inclusión y de exclusión, los que ascendieron a 44 pacientes.

##### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes admitidos a la Unidad de Hemorragia digestiva debido a hemorragia digestiva por úlcera péptica.
- Pacientes a quienes se les realizó terapia endoscópica al ingreso y se les realizó una endoscopia de control en las siguientes 24 horas.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Autorización del paciente a participar del presente estudio.

### **Criterios de exclusión:**

- Sangrado variceal.
- Sangrado digestivo bajo.
- Pacientes anticoagulados.
- Sangrado digestivo alto por neoplasia maligna.
- Condición moribunda.
- No cooperación para procedimientos.
- Negativa del paciente a participar de este estudio.

Se tomaron los datos de la historia clínica del paciente, de la nota de ingreso a la Unidad de Hemorragia Digestiva, de la epicrisis y de los informes endoscópicos realizados. Todos estos datos se anotaron en la ficha de recolección de datos elaborada por el autor (anexo 1).

Luego se formaron dos grupos de pacientes: los que requirieron terapia endoscópica en la endoscopia de control y los que no lo requirieron. Se compararon ambos grupos de acuerdo a las siguientes variables:

1.- Características epidemiológicas: edad, género, comorbilidades (diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, hepatopatía crónica), antecedente de consumo de aines, sangrado digestivo previo

2.- Características clínicas: vomito borráceo, hematemesis roja, melena, hematoquezia, hemoglobina al ingreso, shock.

3.- Características endoscópicas: tamaño de úlcera, localización de la úlcera, Forrest al ingreso y tipo de terapia endoscópica realizada.

### **Procesamiento y análisis de datos.**

En el análisis estadístico se compararon ambos grupos para determinar si existen diferencias de las variables en estudio. Las variables cuantitativas se compararon usando t student, y las variables cualitativas usando chi-cuadrado. Un valor de  $p < 0.05$  será considerado significativo. Los datos se procesaron utilizando el programa Epi Info versión 6.04.

### **Aspectos éticos.**

Dado que en todo momento se seguirán los procedimientos habituales para manejo de sangrado digestivo por úlcera péptica en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, y que no se modificaron ellos de manera alguna, no se puso en riesgo adicional la vida del paciente. Sin embargo se puso en conocimiento del paciente y se solicitó su autorización para ser incluido en el presente estudio (anexo 2).

## V.- RESULTADOS

En el periodo de agosto del 2008 a enero del 2009 44 pacientes fueron admitidos a la unidad de hemorragia digestiva con sangrado digestivo por úlcera péptica a quienes se les realizó una endoscopia terapéutica al ingreso y otra de control antes de las 24 horas del ingreso. De ellos 10 (22.7%) pacientes requirieron segunda terapia en la endoscopia de control.

En los pacientes mayores de 60 años el 27.6% requirieron segunda terapia, mientras que en los menores de 60 años sólo el 13.3% lo requirieron ( $p=0.452$ ). Asimismo en los pacientes del sexo masculino el 26.7% requirieron segunda terapia, mientras que en las de sexo femenino el 14.3% lo requirieron ( $p=0.462$ ). (Tabla N° 1).

El porcentaje de pacientes que recibió una segunda terapia, después de la endoscopia de control, fue del 23.5% en los pacientes con antecedentes de consumo de aines, mientras que en los que no tienen este antecedente el porcentaje fue del 22.2% ( $p=0.59$ ). Asimismo, fue del 33.3% en los pacientes con antecedentes de úlcera péptica, mientras que en los que no tienen este antecedente el porcentaje fue solo del 16.7% ( $p=0.18$ ). (Tabla N° 1).

Al evaluar las comorbilidades de los pacientes encontramos que el porcentaje de los pacientes que recibieron una segunda terapia endoscópica, fue del 19.0% en los pacientes con hipertensión arterial, y de 26.1% en los que no la tuvieron ( $p=0.42$ ). Asimismo fue de 50% en los pacientes con diabetes mellitus, mientras que en los que no la tienen del 21.4% ( $p=0.40$ ). Así también fue del 50% en los pacientes con insuficiencia renal crónica, y de 21.4% en los que no la

tienen ( $p=0.40$ ). Ninguno de los pacientes con antecedente de hepatopatía crónica o cardiopatía requirieron segunda terapia endoscópica. (Tabla N° 1).

**TABLA N° 1:** CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES CON SANGRADO DIGESTIVO POR ULCERA PEPTICA Y NECESIDAD DE SEGUNDA TERAPIA ENDOSCOPICA.

VARIABLE	RECIBIO SEGUNDA TERAPIA			
	SI		NO	
	N	%	N	%
GRUPO ETAREAO:				
· < 60 AÑOS	2	13.3	13	86.7
· >= 60 AÑOS	8	27.6	21	72.4
SEXO:				
· FEMENINO	2	14.3	12	85.7
· MASCULINO	8	26.7	22	73.3
CONSUMO DE AINES:				
· SI	4	23.5	13	76.5
· NO	6	22.2	21	77.8
ANTEC. ULCERA PEPTICA:				
· SI	6	33.3	12	66.7
· NO	4	16.7	20	83.3
HIPER. ARTERIAL:				
· SI	4	19.0	17	81.0
· NO	6	26.1	17	73.9
DIABETES MELLITUS:				
· SI	1	50.0	1	50.0
· NO	9	21.4	33	78.6
INSUF. RENAL CRONICA				
· SI	1	50.0	1	50.0
· NO	9	21.4	33	78.6
HEPATOPATIA				
· SI	0	0	2	100
· NO	10	23.8	32	76.2
CARDIOPATIA:				
· SI	0	0	4	100
· NO	10	25.0	30	75.0

En lo que respecta a las características clínicas del paciente encontramos que el porcentaje de pacientes que recibió una segunda terapia endoscópica fue del 42.9% en los pacientes con hematemesis roja, mientras que en los que no tienen esta característica de HDA, el porcentaje fue solo del 18.9% ( $p=0.18$ ). Asimismo éste fue de 21.4% en los pacientes con melena, mientras que fue del 50% en los pacientes que no la tuvieron ( $p=0.40$ ). El 100% de los pacientes con hematoquezia requirieron segunda terapia endoscópica, mientras que solo el 20.9% de los que no la tuvieron la requirieron ( $p=0.22$ ). Así también la requirieron el 27.3% de los pacientes con vómito borbóreo y el 21.2% de los que no lo tuvieron ( $p=0.484$ ). En cuanto a la hemoglobina al ingreso se encontró que el 31.6% de los pacientes con hemoglobina menor o igual de 8 g/dl requirieron segunda terapia endoscópica, mientras que la requirieron solo el 17,4 % de los pacientes que ingresaron con hemoglobina mayor de 8 g/dl. Así también el 25% de los pacientes con shock la requirieron, mientras que el 24.2% de los pacientes sin shock la requirieron ( $p=0.642$ ). (Tabla N° 2).

Considerando los hallazgos endoscópicos, el 22.5% de los pacientes con tamaño de ulcera menor a 20mm requirieron una segunda terapia endoscópica, mientras que el 25% de los pacientes con ulcera mayor a 20mm lo requirieron ( $p=0.658$ ). Asimismo requirieron segunda terapia endoscópica el 20.8% de los pacientes con ulcera duodenal y el 14.3% de los pacientes con ulcera gástrica ( $p=0.728$ ). El porcentaje de pacientes que recibió una segunda terapia endoscópica fue mayor en los pacientes con forres Ia con el 50%. En los pacientes con forrest Ib fue del 31.6%, en los pacientes con forrest Ila fue del 17.6%. Los pacientes con forrest Iib no tuvieron segunda terapia ( $p=0.447$ ). (Tabla N° 3).



**TABLA N° 2. CARACTERISTICAS CLINICAS DE PACIENTES CON SAGRADO DIGESTIVO POR ULCERA PEPTICA Y NECESIDAD DE SEGUNDA TERAPIA ENDOSCOPICA.**

VARIABLE	RECIBIO SEGUNDA TERAPIA			
	SI		NO	
	N	%	N	%
HEMATEMESIS ROJA:				
· SI	3	42.9	4	57.1
· NO	7	18.9	30	81.1
MELENA:				
· SI	9	21.4	33	78.6
· NO	1	50.0	1	50.0
HEMATOQUEZIA:				
· SI	1	100	0	0
· NO	9	20.9	34	79.1
VOMITO BORRACEO:				
· SI	3	27.3	8	72.7
· NO	7	21.2	26	78.8
HEMOGLOBINA:				
· $\leq 8$	6	31.6	13	68.4
· $> 8$	4	17.4	19	82.6
SHOCK:				
· SI	2	25.0	6	75.0
· NO	8	24.2	25	75.8

**TABLA N° 3. CARACTERISTICAS ENDOSCOPICAS DE PACIENTES CON SAGRADO DIGESTIVO POR ULCERA PEPTICA Y NECESIDAD DE SEGUNDA TERAPIA ENDOSCOPICA.**

VARIABLE	RECIBIO SEGUNDA TERAPIA			
	SI		NO	
	N	%	N	%
TAMAÑO DE ULCERA:				
· <20	9	22.5	31	77.5
· >=20	1	25.0	3	75.0
LOCALIZACION DE ULCERA:				
· ULCERA DUODENAL	5	20.8	19	79.2
· ULCERA GASTRICA	2	14.3	12	85.7
FORREST AL INGRESO:				
· Ia	1	50.0	1	50.0
· Ib	6	31.6	13	68.4
· IIa	3	17.6	14	82.4
· IIb	0	0	5	100.0

En cuanto al tipo de terapia usada el ingreso del paciente encontramos que en 25% de los casos se uso terapia única (ya sea inyectoterapia (INY), termocoagulación con probeta caliente (PC) o argón plasma (APC), hemoclip) y en el 75% de los pacientes se uso la terapia combinada. Las terapias más usadas fueron la combinación de inyectoterapia con probeta caliente (50%) o con argón plasma (22.7%). (Tabla N° 4).

**TABLA N° 4. TERAPIA USADA EN LA ENDOSCOPIA DE INGRESO.**

<b>TERAPIA</b>	<b>FRECUENCIA %</b>
Inyectoterapia	5 (11,4%)
APC	2 (4,5%)
PC	1 (2,3%)
Hemoclip	3 (6,8%)
INY + APC	10 (22,7%)
INY + PC	22 (50%)
INY + APC + HEMOCLIP	1 (2,3%)
<b>TOTAL</b>	<b>44 (100%)</b>

Al evaluar la necesidad de segunda terapia endoscópica de acuerdo a la primera terapia realizada encontramos que en los que se realizó inyectoterapia únicamente requirieron segunda terapia el 20%, hemoclip en el 33%, inyectoterapia más argón plasma en el 30%, inyectoterapia más probeta caliente en el 18%, inyectoterapia más argón plasma más hemoclip en el 100% y en ninguno de los que se les realizó argón plasma o probeta caliente únicamente. (Tabla N° 5).

Al asociar factores de riesgo encontramos que porcentaje de pacientes que recibió una segunda terapia, después de la endoscopia de control, fue del 50% cuando el sexo fue masculino, la edad mayor a 60 años y además consume aines, mientras que en los que no poseen estas características el porcentaje fue solo del 16.7% ( $p=0.042$ ). Asimismo el porcentaje fue del 57.1% cuando el sexo fue masculino, la edad mayor a 60 años y además si tienen antecedente de úlcera péptica, mientras que en los que no poseen estas características el porcentaje fue solo del 16.2% ( $p=0.037$ ). (Tabla N° 6).

**TABLA N° 5. TIPO DE TERAPIA USADA AL INGRESO DEL PACIENTE CON SANGRADO DIGESTIVO POR ULCERA PEPTICA Y NECESIDAD DE SEGUNDA TERAPIA ENDOSCOPICA.**

TERAPIA	RECIBIO SEGUNDA TERAPIA			
	SI		NO	
	N	%	N	%
INYEOTOTERAPIA	1	20.0	4	80.0
ARGON PLASMA	0	0	2	100.0
PROBETA CALIENTE	0	0	1	100.0
HEMOCLIP	1	33.3	2	66.7
INYEOTOTERAPIA + ARGON PLASMA	3	30.0	7	70.0
INYEOTOTERAPIA + PROBETA CALIENTE	4	18.2	18	81.8
INYEOTOTERAPIA + ARGON PLASMA + HEMOCLIP	1	100	0	0

**TABLA N° 6. ASOCIACION DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON SANGRADO DIGESTIVO POR ULCERA PEPTICA Y NECESIDAD DE SEGUNDA TERAPIA ENDOSCOPICA.**

FACTORES DE RIESGO	RECIBIO SEGUNDA TERAPIA			
	SI		NO	
	N	%	N	%
MASCULINO, > 60 AÑOS, ANTEC. ULCERA PEPTICA:				
· SI	4	57,1	3	42.9
· NO	6	16.2	31	83,8
MASCULINO, >60 AÑOS, CONSUMO AINES:				
· SI	4	50	4	50
· NO	6	16,7	30	83,3

## **VI.- DISCUSION**

La úlcera péptica es la causa más común de sangrado digestivo alto siendo responsable del 60 % de los casos. El sangrado activo puede ser detenido inicialmente virtualmente en todos los pacientes haciendo uso de diversas modalidades endoscópicas. Sin embargo algunas úlceras pueden resangrar. Es en este contexto donde se postula que la segunda endoscopia con una segunda terapia podría evitar este resangrado (8).

En nuestro estudio encontramos que el 22.7 % de los pacientes requirieron terapia en la segunda endoscopia, siendo ésta mas frecuentemente en los pacientes mayores de 60 años (27,6%) y en los varones (26,7), que en los menores de 60 años (13.3 %) y en las mujeres (14,3%). A pesar de ser una diferencia marcada no es estadísticamente significativa.

Así mismo encontramos que fue necesaria más frecuentemente una segunda terapia endoscópica si el paciente tenía antecedente de consumo de AINES, úlcera péptica, diabetes mellitus o insuficiencia renal; ya que estas condiciones mórbidas crean un estado desfavorable para una adecuada coagulación y cicatrización de las úlceras, datos que concuerdan con otros estudios locales y extranjeros (8, 14).

Así mismo al analizar los factores relacionados con la presentación clínica de la hemorragia digestiva, encontramos que los pacientes que presentaron hematemesis roja, hematoquezia o aquellos que ingresaron con hemoglobina menor o igual a 8 g/dL requirieron con mayor frecuencia una segunda terapia endoscópica, que aquellos que no los presentaron. Así también

lo reporta Wong en su estudio en donde encontró que la hipotensión, la hemoglobina menor de 10 mg/dL, el encontrar sangre fresca en estómago, el sangrado activo y las úlceras grandes eran factores de predictores de falla terapéutica y necesidad de una segunda endoscopia. (27)

En cuanto a las características endoscópicas de la úlcera al ingreso, encontramos que las úlceras de mas de 20mm, las úlceras duodenales y las Forrest Ia, Ib y IIa requirieron más frecuentemente una segunda terapia endoscópica, lo cual se explica por el mayor riesgo de resangrado que conllevan las úlceras de mas de 20mm y las Forrest I y II. Estos resultados concuerdan con lo reportado tanto en trabajos nacionales como extranjeros (14, 20). Así por ejemplo Chung en su estudio encuentra que las úlceras con mayor riesgo de resagrado son aquellas localizadas en estómago, de más de 20mm y que sean Forrest Ia o Ib (28).

La terapia más frecuentemente usada fue la terapia combinada de inyectoterapia mas termocoagulación ya sea con probeta caliente o argón plasma, que correspondieron al 72.7 % de las terapias realizadas. El 30% de los pacientes a quienes se les realizó en la primera endoscopia inyectoterapia con adrenalina mas termocoagulación con argón plasma requirieron terapéutica en la segunda endoscopia, frente al 18,2% de los pacientes que se les realizó inyectoterapia con adrenalina mas termocoagulación con probeta caliente que si bien es una diferencia importante, no resultó estadísticamente significativa. Este mayor éxito logrado en las terapias con probeta caliente se explica por que logra una termocoagulación más profunda que el argón plasma (20). Así también lo reporta Calvet en su estudio donde encontró que el adicionar una terapia a la inyección de adrenalina reduce el riesgo de resangrado de 18.1% a 10.6% (29).

Sólo a un paciente se le realizó terapia triple al ingreso: inyectoterapia con adrenalina, termocoagulación con argón plasma y se le colocó un hemoclip; dicho paciente requirió terapia adicional en la segunda endoscopia ya que las mismas características de la úlcera (tamaño mayor a 20 mm, Forrest Ia) llevaban a riesgo de resangrado. A 11 pacientes (25%) sólo se les realizó terapia única ya sea con inyectoterapia, probeta caliente, argón plasma o hemoclip; de los cuales sólo 2 pacientes requirieron segunda terapia endoscópica. En resumen los pacientes que recibieron terapia doble o triple en la primera endoscopia requirieron una segunda terapia más frecuentemente. Esto está en relación probablemente a que en las úlceras que requieren doble o triple terapia para conseguir hemostasia, tienen un riesgo incrementado de resangrado. Chung en su estudio no encontró riesgo incrementado de resangrado ya sea si se realizaba terapia única o doble (28,30)

Al agrupar algunos factores de riesgo encontramos que a los pacientes de sexo masculino, mayores de 60 años y con antecedente de sangrado digestivo por úlcera péptica o antecedente de consumo de aines se les realizó una segunda terapia endoscópica con más frecuencia que en aquellos que no lo poseen. Esta relación es estadísticamente significativa ( $p = 0.037$ ). Sin duda el grupo de pacientes adultos mayores tienen un riesgo incrementado de resangrado, más aún si se les adiciona factores como antecedente de úlcera péptica o consumo de aines que como es conocido altera la agregación plaquetaria, facilitando de esta forma el resangrado.

## **VII.- CONCLUSIONES**

1. La endoscopia de control fue útil sólo en el 22.7 % de los pacientes con sangrado digestivo por úlcera péptica.
2. La endoscopia de control es más útil en los pacientes mayores de 60 años, de sexo masculino y con antecedente de consumo de aines o antecedente de sangrado digestivo por úlcera péptica.
3. Los factores epidemiológicos que mas se asociaron a necesidad de segunda terapia endoscópica fueron: edad mayor o igual a 60 años, sexo masculino, antecedente de úlcera péptica, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, hematemesis roja, hematoquezia y hemoglobina de ingreso menor de 8 mg/dL.
4. Los factores endoscópicos que mas se asociaron a necesidad de segunda terapia fueron: tamaño de úlcera mayor o igual a 20 mm, úlcera duodenal, Forrest Ia y Ib.
5. Las terapias más usadas fueron la inyectoterapia con adrenalina mas probeta caliente, y la inyectoterapia con adrenalina mas argón plasma, siendo la primera la que menos se asoció a necesidad de segunda terapia endoscópica.



## **VIII.- AGRADECIMIENTOS**

Agradecimiento a todos los médicos de la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins por la colaboración incondicional al presente estudio, en especial al Dr. Hermes Velasquez Chamochumbi por su acertada orientación en el desarrollo del presente estudio.

## **IX.- BIBLIOGRAFIA**

1. Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 1995; 90:206-10.
2. Savides TJ, Jensen DM. Therapeutic endoscopy for non variceal gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 2000; 29:465-87.
3. Joseph J. Current management of peptic ulcer bleeding. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol.* 2006; 3(1):24-32.
4. Rockall TA *et al.* Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *BMJ* 1995; 38: 222-226.
5. P W Y Chiu, C Y W Lam, S W Lee, et al. Effect of scheduled second therapeutic endoscopy on peptic ulcer rebleeding: a prospective randomised trial. *Gut* 2003; 52: 1403-1407.
6. Sacks HS et al. (1990) Endoscopic hemostasis: an effective therapy for bleeding peptic ulcers. *JAMA* 264: 494-499
7. Cook DJ et al. (1992) Endoscopic therapy for acute non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage -- a meta-analysis. *Gastroenterology* 102: 139-148.

8. Marmo R *et al.* (2003) Outcome of endoscopic treatment for peptic ulcer bleeding: is a second look necessary? A meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 57: 62- 67 .
9. Lim CH, Vani D, Shah SG, Everett SM, Rembacken BJ. The outcome of suspected upper gastrointestinal bleeding with 24-hour access to upper gastrointestinal endoscopy: a prospective cohort study. *Endoscopy* 2006;38:581-585.
10. Lewis JD, Bilker WB, Brensinger C, Farrar JT, Strom BL. Hospitalization and mortality rates from peptic ulcer disease and GI bleeding in the 1990s: relationship to sales of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and acid suppression medications. *Am J Gastroenterol* 2002;97:2540-2549.
11. Barkun A, Sabbah S, Enns R, et al. The Canadian Registry on Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Endoscopy (RUGBE): endoscopic hemostasis and proton pump inhibition are associated with improved outcomes in a real-life setting. *Am J Gastroenterol* 2004;99:1238-1246.
12. Targownik LE, Nabalamba A. Trends in management and outcomes of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: 1993-2003. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4:1459-1466. [Erratum, *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:403.]
13. Ohmann C, Imhof M, Ruppert C, et al. Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding. *Scand J Gastroenterol* 2005;40:914-920.

14. Velasquez H. hemorragia digestiva alta: prevención del resangrado por úlcera. *Enfermedades del aparato digestivo*, 1998;4(1):
15. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2000;356:1318-1321.
16. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut* 1996; 38:316-321.
17. Das A, Wong RC. Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models. *Gastrointest Endosc* 2004;60:85-93.
18. Romagnuolo J, Barkun AN, Enns R, Armstrong D, Gregor J. Simple clinical predictors may obviate urgent endoscopy in selected patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *Arch Intern Med* 2007;167:265-270.
19. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 1974;2:394-397.
20. Consensus conference: therapeutic endoscopy and bleeding ulcers. *JAMA* 1989; 262:1369-1372.
21. Freeman ML, Cass OW, Peine CJ, Onstad GR. The non-bleeding visible vessel versus the sentinel clot: natural history and risk of rebleeding. *Gastrointest Endosc* 1993; 39:359-366.

22. Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994; 331:717-27.
23. Cipolletta L, Marmo R, Bianco MA, Rotondano G, Piscopo R. Clinical impact of endoscopic hemostasis for non variceal bleeding: an evidence-based meta-analysis [abstract]. *Gastrointest Endosc* 1998; 47:231.
24. Messmann H, Schaller P, Andus T, Lock G, Vogt W, Gross V, et al. Effect of programmed endoscopic follow-up examinations on the rebleeding rate of gastric or duodenal peptic ulcers treated by injection therapy: a prospective, randomized controlled trial. *Endoscopy* 1998;30:583-9.
25. Lin CK, Lai KH, Lo GH, Cheng JS, Huang RL, Hsu PI, et al. The value of second-look endoscopy after endoscopic injection therapy for bleeding peptic ulcer [abstract]. *Gastroenterology* 1996; 110:A177.
26. Ell C. and the members of the German Ulcer Bleeding study group (DUS II). Scheduled endoscopic re-treatment vs. single injection therapy in bleeding gastroduodenal ulcers: results of a multicenter study [abstract]. *Gastrointest Endosc* 1998;47: AB83.
27. Wong SIC, Yu LM, Lau JY, Lam YH, Chan AC, Ng EK, et al. Prediction of therapeutic failure after adrenaline injection plus heater probe treatment in patients with bleeding peptic ulcer. *Gut* 2002;50:322-5.

28. Chung IK, Kim EJ, Lee MS, Kim HS, Park SH, Lee MH, et al. Endoscopic factors predisposing to rebleeding following endoscopic haemostasis in bleeding peptic ulcers. *Endoscopy* 2001;33:969-75.
29. Calvet X, Vergara M, Brullet E, Gisbert J. Addition of a Second Endoscopic Treatment Following Epinephrine Injection Improves Outcome in High-Risk Bleeding Ulcers. *GASTROENTEROLOGY* 2004;126:441–450.
30. Bianco M, Rotondano G, Marmo R, et al. Combined epinephrine and bipolar probe coagulation vs. bipolar probe coagulation alone for bleeding peptic ulcer: a randomized, controlled trial. *Gastrointest Endosc* 2004; 60:910-5.

## X.- ANEXOS

### ANEXO 1

#### HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_  
SS: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ años. Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_  
Inicio de Sangrado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_ hrs  
Ingreso a EMG: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_ hrs  
Ingreso a UHD: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_ hrs  
Egreso de UHD: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_ hrs Tiempo Permanencia UHD: \_\_\_\_\_

#### CARACTERISTICAS CLINICAS

Antecedentes:

Consumo Aines \_\_\_\_\_, alcohol: \_\_\_\_\_, tabaco: \_\_\_\_\_, otros: \_\_\_\_\_

Antecedente de sangrado digestivo: sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

fecha y características: \_\_\_\_\_

Comorbilidades: HTA: \_\_\_\_\_ DM: \_\_\_\_\_ IRC: \_\_\_\_\_ HEPATOPATIA: \_\_\_\_\_  
CARDIOPATIA: \_\_\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_

*Características de HDA:*

Hematemesis roja \_\_\_\_\_, Melena \_\_\_\_\_, Hematoquezia \_\_\_\_\_, Enterorragia \_\_\_\_\_  
Vómito Borraceo \_\_\_\_\_ Numero paquetes transfundidos: \_\_\_\_\_

*Examen Físico de ingreso:*

FC: \_\_\_\_ x '. PAS: \_\_\_\_ mmHg. TR al ingreso: \_\_\_\_\_

*Exámenes auxiliares: (al ingreso)*

Hb/Hto: \_\_\_\_\_ Tp/INR: \_\_\_\_\_ Glu: \_\_\_\_\_ Urea: \_\_\_\_\_ Cr: \_\_\_\_\_  
Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguineo: \_\_\_\_\_

#### EXAMEN ENDOSCÓPICO:

Fecha y hora	Diagnóstico	Forrest	Tamaño Úlcera	Terapia

Condiciones de alta: Aliviado: \_\_\_\_\_ Curado: \_\_\_\_\_ Fallecido: \_\_\_\_\_  
DESTINO: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Cirugía: \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 2**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**NOMBRE DEL PACIENTE:**

**DNI:**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:**

“UTILIDAD DE LA ENDOSCOPIA CONTROL EN EL MANEJO DEL  
SANGRADO DIGESTIVO POR ÚLCERA PÉPTICA”

**AUTOR :** Dr. ALVA ALVA, EDGAR EDUARDO

**ASESOR:** Dr. VELASQUEZ CHAMOCHUMBI, HERMES

En la Unidad de Hemorragia Digestiva del HNERM se realiza una endoscopia de control dentro de las primeras 24 hs en todo paciente con sangrado digestivo alto por ulcera péptica en el que se realizó alguna terapia endoscópica, con la finalidad de evaluar la necesidad de una segunda terapia endoscópica y de esta manera evitar el resangrado.

La finalidad del presente estudio es evaluar la utilidad de la endoscopia control en sangrado digestivo por ulcera péptica.

No se pondrá en riesgo la vida del paciente toda vez que no se modificarán los procedimientos ya establecidos para manejo de úlcera péptica por la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Con la firma de este documento acepto participar en el estudio.

---

**FIRMA PACIENTE.**